

**RICHIESTA PARERE PREVENTIVO PUBBLICIZZAZIONE DELL'INFORMAZIONE SANITARIA**

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRIESTE

COMMISSIONE PUBBLICITA'

Il/la dr/dr.ssa.....

Residente in..... via..... n.....

1 - Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia

al numero ..... dal.....,

2 - Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia

al numero ..... dal.....,

consapevole delle prescrizioni in materia di pubblicità ed informazione sanitaria contenute negli artt.55,56,e 57 del Codice di Deontologia medica e a conoscenza delle direttive impartite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con le linee guida allegate al Codice

**CHIEDE**

Il parere di conformità alle norme deontologiche sulla pubblicità sanitaria di cui alla allegata documentazione.

A tal fine

**DICHIARA**

Di essere specialista in:.....

Di essere in possesso della professionalità in:

Attività medica..... che esercito dal.....

nello studio sito in

A tal fine allego la documentazione che dimostra la mia competenza e professionalità in materia.

Data

Firma

Parere Commissione pubblicità:

FAVOREVOLE

CONTRARIO